

**RICHIESTA PERMESSI L. 104/92 PER ASSISTERE CONIUGE/PARTE UNIONE CIVILE O
CONVIVENTE DI FATTO, PARENTE O AFFINE ENTRO IL SECONDO GRADO**

Prot. n. _____ del _____

**Al Responsabile Area 1
Servizio Personale**

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ in _____

dipendente ☐ a tempo indeterminato

☐ determinato dal _____ al _____ (indicare durata e scadenza del contratto)

a tempo pieno ☐ a tempo parziale orizzontale ☐ (n. _____ ore lavorative settimanali)

a tempo parziale verticale ☐ (n. _____ ore lavorative settimanali su n. _____ giorni)

in servizio presso l'Area _____ Ufficio _____

CHIEDE

di poter usufruire, ai sensi dell'art. 33 comma 3 della Legge n. 104/1992, del seguente beneficio:

☐ **3 giorni di permesso mensile retribuito**, usufruibili anche ad ore nel limite massimo di **18 ore mensili**

☐ **in caso di rapporto part-time, i giorni o le ore spettanti in ragione dell'orario di lavoro**

per assistere Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____ nat_a _____ il _____

residente a _____ in via _____ c.a.p. _____

in quanto soggetto riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità dalla competente commissione medica (art. 4 della L.104/1992), con verbale

☐ non soggetto a revisione

☐ soggetto a revisione (rivedibile tra _____) con scadenza in data _____

con il quale intercorre la seguente relazione di parentela/affinità: ☐ padre/madre ☐ figlio/a

☐ fratello/sorella ☐ coniuge/parte unione civile/convivente di fatto L. 76/2016

☐ parente entro il secondo grado _____ ☐ affine entro il secondo grado _____ **1**

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

DICHIARA

☐ che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno;

1 Sono parenti di secondo grado, oltre ai fratelli/sorelle, ad es.: nonni, nipoti (figli dei figli); sono affini di primo grado ad es.: suoceri, genero/nuora; sono affini di secondo grado ad es. i cognati

oppure

☐ che la persona da assistere è ricoverata a tempo pieno ma ricorre una delle seguenti situazioni (**da documentare**):

☐ interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura per effettuare visite o terapie;

☐ ricovero a tempo pieno di disabile in coma vigile e/o in situazione terminale;

☐ ricovero a tempo pieno di minore per il quale è attestato dalla struttura ospedaliera il bisogno di assistenza da parte di un genitore o familiare;

☐ che la persona da assistere:

☐ non presta attività lavorativa

☐ presta attività lavorativa presso _____ e beneficia dei permessi previsti dalla legge 104/92;

☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto;

☐ che altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto (indicare nome, cognome, rapporto di parentela, sede di lavoro) _____

_____ (in tale caso, trasmettere al termine di ogni mese apposita dichiarazione sostitutiva relativa ai giorni e/o ore fruite dall'altro familiare)

☐ di beneficiare già dei permessi in parola per l'assistenza del parente e/o affine **entro il primo grado**:

☐ coniuge/parte unione civile/convivente di fatto ☐ figlio/a ☐ padre/madre ☐ suocero/a

☐ genero/nuora

oppure entro il secondo grado _____ (es. fratello/sorella, nipote (figlio di figlio), nonno/a, cognato/a, ecc.) non essendoci altri soggetti in grado di assisterlo in quanto:

☐ i genitori della persona da assistere (nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita)

☐ hanno compiuto 65 anni

☐ sono affetti da patologie invalidanti (1)

☐ sono deceduti

☐ sono mancanti (2)

oppure

☐ il coniuge /parte unione civile/convivente di fatto della persona da assistere (nome, cognome, codice fiscale, _____ data _____ e _____ luogo _____ di _____ nascita)

☐ ha compiuto 65 anni

☐ è affetto da patologie invalidanti (1)

☐ è deceduto

☐ è mancante (2)

☐ **in caso di non convivenza**, che la distanza chilometrica tra la propria abitazione e quella dell'assistito è:

☐ entro i 150 km;

☐ superiore ai 150 km (in questo caso documentare la fruizione dei permessi con titolo di viaggio o altra documentazione idonea: visite mediche, programmazione dell'assistenza, ecc.).

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto che possa comportare la perdita del beneficio. (decesso, revoca del riconoscimento dello stato **di disabilità grave** in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno).

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì che i permessi fruiti saranno utilizzati esclusivamente per l'assistenza del disabile ed è consapevole che gli oneri conseguenti sono a carico dell'amministrazione.

ALLEGA:

☐ copia certificato ASL competente, attestante lo stato di “disabilità grave” in capo al soggetto che necessita di assistenza, ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92;

☐ ulteriore documentazione a supporto delle dichiarazioni rese nella domanda (es. patologie invalidanti e/o l'assenza di altro familiare avente diritto ai permessi, altra documentazione da prodursi anche in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445/2000, ecc.) _____

Firma del richiedente

Per presa visione:

Il responsabile della struttura di assegnazione

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, tramite un incaricato oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

In applicazione dell'art. 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento cui i dati si riferiscono. I dati da Lei forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'Ufficio Risorse Umane anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente istanza sono oggetto di controllo da parte dell'Amministrazione procedente ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. Soggetto designato per il trattamento dei dati è il Responsabile d'area del Servizio Personale. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, e Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali e di ottenere la rettifica degli stessi nonché di rivolgersi all'autorità Garante per proporre reclamo

1 Per patologie invalidanti sono da intendersi quelle indicate all'art. 2, comma 1, lett. d) del D.M. 278/2000: 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, posttraumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario.

2 L'espressione “mancanti” va intesa sia come situazione di assenza naturale e giuridica in senso stretto (figlio naturale non riconosciuto, celibato, ecc.), che come ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità (divorzio, separazione legale, abbandono, ecc.).